附件：

长沙市卫生健康委驾驶员招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | | |  | | 民 族 | |  |
| 出生年月 |  | | | 身份证号码 | | |  | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | | | | | |
| 现居住地址 |  | | | | | | | | | | |
| 驾驶证准驾车型 | | |  | | | 初次领证日期 | | | |  | |
| 驾驶证有效期至 | | |  | | | 累计驾驶年限 | | | |  | |
| 最高学历 | | |  | | | 所学专业 | | | |  | |
| 最近工作单位 | | |  | | | 工作岗位 | | | |  | |
| 主要驾驶车辆类型 | | |  | | | 其他相关证书 | | | |  | |
| 有无重大交通事故及处理情况 | | | | | |  | | | | | |
| 自我评价  （包括但不限于学习工作简历、个人性格特点、责任心、服务意识、团队合作精神等方面） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 声明：本人承诺以上填写内容真实、准确、完整，如有虚假，愿意承担相应责任。 | | | | | | | | | | | |
| 签名： | | 日期： | | | | | | 联系电话： | | | |
| 招聘单位资格审查意见 | | | | |  | | | | | | |